

Resumo: Este estudo objetivou conhecer a percepção da equipe médica, representada por preceptores e residentes em anestesiologia, sobre o checklist de cirurgia segura. Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado entre dezembro e janeiro de 2019 com 24 profissionais (18 preceptores e 6 residentes em anestesiologia) que atuavam no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário, localizado no interior de São Paulo. Os resultados evidenciaram que embora os profissionais reconheçam a importância do checklist de cirurgia segura, a maioria referiu adesão parcial ao instrumento. Além disso, verifica-se a necessidade de um novo olhar para o instrumento implantado, visto que a somatória de concordância plena e parcial, relacionadas a falta de dados e a falta de clareza das informações, contidas no checklist de cirurgias seguras, ultrapassaram 50%. Logo, a importância da educação permanente para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e também da compreensão da responsabilidade coletiva. Descritores: Segurança do Paciente, Lista de Verificação, Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

Perception of preceptors and residents in anesthesiology in relation to safe surgery checklist

Abstract: This study aimed to know the perception of the medical team, represented by preceptors and residents in anesthesiology, about the safe surgery checklist. It was a descriptive study with a quantitative approach, carried out between December and January 2019 with 24 professionals (18 preceptors and 6 residents in anesthesiology) who worked in the Surgical Center of a University Hospital located in the interior of São Paulo. The results showed that although the professionals recognize the importance of the safe surgery checklist, the majority reported partial adherence to the instrument. In addition, there is a need for a new look at the implanted instrument, since the sum of full and partial agreement, related to lack of data and lack of clarity of information, contained in the checklist of safe surgeries, surpassed 50%. Therefore, the importance of lifelong education for the development of a culture of patient safety and also the understanding of collective responsibility. Descriptors: Patient Safety, Verification List, Operative Surgical Procedures.

Percepción de los preceptores y residentes en anestesiología en relación al checklist de cirugía segura

Resumen: Este estudio objetivó conocer la percepción del equipo médico, representada por preceptores y residentes en anestesiología, sobre el checklist de cirugía segura. Se trató de un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, realizado entre diciembre y enero de 2019 con 24 profesionales (18 preceptores y 6 residentes en anestesiología) que actuaban en el Centro Quirúrgico de un Hospital Universitario, ubicado en el interior de São Paulo. Los resultados evidenciaron que aunque los profesionales reconocen la importancia del checklist de cirugía segura, la mayoría refirió adhesión parcial al instrumento. Además, se verifica la necesidad de una nueva mirada al instrumento implantado, ya que la suma de concordancia plena y parcial, relacionadas con la falta de datos y la falta de claridad de las informaciones contenidas en el checklist de cirugías seguras, superaron el 50%. Por lo tanto, la importancia de la educación permanente para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente y también de la comprensión de la responsabilidad colectiva. Descriptores: Seguridad del Paciente, Lista de Comprobación, Procedimientos Quirúrgicos Operativos.

Ana Katia Soares

Acadêmica do 10º período do Curso de Enfermagem da Universidade São Francisco. São Paulo, Brasil.
E-mail: katia_zovaro@hotmail.com

Mayara Daiane Araujo

Acadêmica do 10º período do Curso de Enfermagem da Universidade São Francisco. São Paulo, Brasil.
E-mail: araujo.mayara@hotmail.com

Elaine Reda da Silva

Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade São Francisco.
E-mail: elreda@ig.com.br

Submissão: 28/06/2019
Aprovação: 29/09/2020

Como citar este artigo:

Soares AK, Araujo MD, Silva ER. Percepção dos preceptores e residentes em anestesiologia em relação ao checklist de cirurgia segura. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):33-43.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.32.33-43>

Introdução

As cirurgias são sabidamente essenciais para o cuidado à saúde em alguns casos, e indispensáveis para a manutenção da vida em situações específicas, sendo que a segurança é primordial.

No mundo é realizada uma cirurgia para cada 25 pessoas, o que ilustra a importância da segurança na realização do procedimento, pois estima-se que metade das cirurgias realizadas acarretam complicações e morte, sendo que 50% dessas ocorrências seriam evitáveis¹.

Cada vez mais os cuidados que são prestados nos serviços de saúde estão sendo monitorados de maneira mais rigorosa, com o intuito de causar menos ocorrências de erros e falhas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada 10 pacientes submetidos ao cuidado em saúde, um sofrerá algum evento adverso relacionado à assistência².

Em 1999, o *Institute of medicine* (IOM) alertou os cientistas sobre o alto índice de óbitos nos Estados Unidos, decorrente de erros que poderiam ser evitados antes da cirurgia. A partir de então, houve progresso significativo nos estudos relacionados ao tema³.

Em maio de 2004, a 57.ª Assembleia criou uma aliança internacional, formada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Suas ações foram concentradas em campanhas de segurança do paciente, identificando soluções e desenvolvendo iniciativas de relatos de aprendizagem, para poder salvar milhões de vidas⁴.

Em 25 de junho de 2008, a OMS lançou oficialmente em Washington a campanha “*Cirurgias*

Seguras Salvam Vidas”, como um dos desafios propostos pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente. A *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)*, em apoio à campanha, afirma que o programa embasado no sistema de *Checklist* corrobora para a conscientização global, bem como reforça a mensagem de que, se implantado em base sólida, contribuirá para a realização de cirurgias seguras⁵.

O *checklist*, desenvolvido pela OMS foi criado com o intuito de auxiliar as equipes operatórias na redução das ocorrências de danos ao cliente, reforçando a segurança operatória com práticas corretas e promovendo uma melhor comunicação e trabalho em equipe⁶.

Este instrumento apresenta-se dividido em três momentos: o 1º “*Sign in*”; o 2º “*Time out*” e o 3º *Sign out*”.

No “*Sign In*” é verificada a identidade do paciente, a marcação do sítio cirúrgico, a assinatura do termo de consentimento e a conformidade dos materiais solicitados. Também são antecipadas as dificuldades de intubação e o risco de hemorragias. No “*Time Out*”, uma breve pausa de menos de um minuto antes da incisão, todos os membros da equipe cirúrgica - cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e quaisquer outras pessoas envolvidas - se apresentam, antecipam as possíveis complicações da cirurgia, confirmam verbalmente a identificação do paciente, o sítio cirúrgico, o procedimento a ser feito e a posição do paciente. Nessa etapa também são confirmados: a aplicação de antimicrobianos e tromboembólicos profiláticos, quando indicados; a conformidade dos exames de imagem e o funcionamento e a correta esterilização dos materiais. O “*Time Out*” é um meio

de assegurar a comunicação entre os membros da equipe e evitar erros como “paciente errado” ou “local errado”. No “*Sign Out*”, o procedimento é novamente checado, os materiais usados são conferidos e contados, as amostras encaminhadas e os planos pós-operatórios discutidos⁷.

O preenchimento deste instrumento deve ser coordenado por um elemento da equipe operatória, o qual compreende cirurgiões, anestesiológicos, enfermeiros, técnicos e demais profissionais envolvidos. Essa equipe deve trabalhar transdisciplinarmente, uma vez que todos são responsáveis pelo cuidado seguro do cliente, cada qual no desempenho de sua função, garantindo o sucesso do procedimento cirúrgico.

Sendo assim, no ano de 2010, foi divulgado que a taxa de mortalidade decorrente de erros em cirurgias teve queda, e as complicações diminuíram de 35,2% para 24,3%. Logo, verificou-se que o instrumento proposto pela aliança internacional, melhorou tanto a comunicação entre a equipe cirúrgica, como ajudou no resultado para a diminuição das complicações e óbitos⁸.

Logo, levando-se em consideração a importância das estratégias que contribuem para a segurança do paciente cirúrgico, verificamos a necessidade de conhecer a percepção da equipe médica, a qual neste estudo será representada por preceptores e residentes em anestesiologia, sobre o *checklist* de cirurgia segura, pois sabemos que a adesão à realização deste *checklist*, depende do significado que os profissionais atribuem ao mesmo. Além disso, não adianta apenas a equipe de enfermagem considerar importante, pois trata-se de uma responsabilidade de toda a equipe.

Diante do exposto, ficamos motivadas em desenvolver esta pesquisa, cuja questão norteadora é: qual a percepção dos preceptores e residentes em anestesiologia em relação ao *checklist* de cirurgia segura?

Material e Método

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, de campo com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Universitário localizado no interior do Estado de São Paulo.

Foram convidados a participar do estudo todos os preceptores e residentes em anestesiologia que atuavam no Centro Cirúrgico, plantões diurno e noturno e que concordaram em participar da pesquisa em questão, totalizando 26 profissionais. Porém, excluindo-se aqueles que estavam de licença ou férias durante o período de coleta de dados, participaram deste estudo 24 profissionais (18 preceptores e 6 residentes).

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário, composto por questões abertas e fechadas. O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade São Francisco, atendendo, desta forma, às determinações preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do CEP com o número CAAE 99393818.3.0000.5514.

Assim, os dados foram coletados no período entre dezembro e janeiro de 2019, sendo realizada uma visita ao Centro Cirúrgico, em cada um dos períodos de trabalho (plantão par e ímpar, diurno e noturno), com a finalidade de apresentar a intenção da pesquisa e solicitar informação a respeito do melhor dia e horário para a realização da coleta de

dados com cada profissional, visando não atrapalhar a dinâmica de trabalho. De acordo com o agendamento estabelecido, as pesquisadoras estiveram presentes na Instituição de Estudo, a fim de apresentar aos participantes os objetivos e a metodologia da pesquisa e após o aceite verbal dos mesmos foram solicitadas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a autorização formal, as pesquisadoras realizaram a entrevista seguindo o instrumento de coleta de dados previamente elaborado.

Os dados foram analisados segundo as variáveis do estudo, por meio de percentual simples, sendo apresentados sob a forma de tabelas e posteriormente comparados à literatura.

Resultados e Discussão

Perfil dos preceptores e residentes em anestesiologia

Dos 24 profissionais que participaram do estudo, verificou-se que a maioria, 13 (54,17%), tinha entre 25 e 35 anos, com predominância do sexo feminino 13 (54,17%). Quanto ao tempo de formação, a maioria, 14 (58,33%), referiu ter concluído o curso de graduação entre 1 e 10 anos e em relação ao tempo de trabalho na instituição a maioria, 14 (58,33%), referiu estar trabalhando entre 1 e 10 anos.

Portanto, levando-se em consideração o tempo de formação e de trabalho na instituição, verifica-se que são profissionais experientes e que conhecem bem a rotina do centro cirúrgico, logo, sabem a importância da existência de um instrumento adequado para promover a segurança do paciente cirúrgico.

Adesão da equipe médica ao *checklist* de cirurgia segura e percepções quanto à esse instrumento

Através da tabela 1 podemos verificar a adesão da equipe médica ao *checklist* de cirurgia segura.

Tabela 1. Adesão da equipe médica ao *checklist* de cirurgia segura e motivos relacionados a adesão parcial ou não adesão. Bragança Paulista, 2018 (N=24).

ADESÃO DA EQUIPE MÉDICA AO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	N	%
Sim, totalmente	02	08,33
Sim, parcialmente	21	87,50
Não	01	04,17
MOTIVOS RELACIONADOS A ADESÃO PARCIAL OU NÃO ADESÃO	N*	%
Menosprezo pela ferramenta;	04	18,17
Falta de rotina;	03	13,63
Pressa para iniciar o procedimento cirúrgico; ²	03	13,63
Falta de conhecimento da equipe cirúrgica;	02	09,09
Falta de atenção no momento do <i>checklist</i> ;	02	09,09
Falta de treinamento das equipes médicas e de enfermagem de como aplicar o <i>checklist</i> ;	02	09,09
Falta de iniciativa do circulante de sala em reunir o anestesista e o cirurgião para executar o <i>checklist</i> ;	01	04,55
A não realização de forma correta, com a participação das equipes antes do início da anestesia;	01	04,55
Excesso de confiança da equipe;	01	04,55
Falta do preceptor na sala de cirurgia; ²	01	04,55
Barulho / conversas frequentes em sala;	01	04,55
Falta de dados;	01	04,55

* 22 profissionais referiram adesão parcial ou não adesão ao *checklist*, destacando, portanto, os motivos relacionados.
Fonte: próprio autor.

Assim, em relação a adesão da equipe médica ao *checklist* de cirurgia segura, verificou-se que 21 (87,50%) relataram adesão parcial, 2 (8,33%), adesão total e apenas 1 (4,17%), referiu a não adesão ao *checklist*.

Quanto aos motivos relacionados a adesão parcial ou não adesão, houve uma diversificação nas respostas, porém os mais citados foram: menosprezo pela ferramenta 4 (18,17%); falta de rotina 3 (13,63%); pressa para iniciar o procedimento cirúrgico 3 (13,63%); falta de conhecimento da equipe cirúrgica 2 (9,09%); falta de atenção no momento do *checklist* 2 (9,09%) e falta de treinamento das equipes médicas e de enfermagem de como aplicar o *checklist* 2 (9,09%).

Logo, observamos que todos os profissionais entrevistados, sabem a importância da realização do *checklist*, porém, muitos relataram que o instrumento da instituição tem que ser modificado e que os responsáveis pelo preenchimento precisam prestar mais atenção e ter um pouco mais de cautela na hora de preencher.

O conhecimento da equipe de cirurgia é extremamente importante para que o protocolo seja implementado de forma integral, e que seja realmente utilizado, porém, nem sempre isso é observado na prática⁹.

Além disso, o entendimento quanto ao preenchimento dos itens que compõem o instrumento pode trazer algumas reflexões quanto à utilização. A

adesão da equipe ao preenchimento, ao longo do processo do uso do *checklist*, é extremamente importante para o sucesso do procedimento¹⁰.

Um estudo documental e retrospectivo, referente ao período entre 2010 e 2015, que teve como objetivo descrever a adesão ao preenchimento do *checklist* de cirurgia segura pelos profissionais de saúde do centro cirúrgico de um hospital público, considerando o preenchimento em cada momento cirúrgico proposto, identificou que dos itens padronizados pela OMS, o preenchimento foi demasiadamente incompleto nos 1º e 2º momentos cirúrgicos, diferentemente do 3º momento que atingiu 95,5% de preenchimento aos seus itens¹¹.

O uso diário do *checklist* melhora a comunicação entre as equipes, além de contribuir para a segurança de todos que dela participam, logo a importância de ser colocado em prática na rotina do centro cirúrgico, reforçando cada vez mais a necessidade de entrosamento entre os profissionais¹².

O cumprimento desse protocolo, tem como objetivo a melhoria da comunicação entre todos da equipe cirúrgica, já que os eventos adversos são na maioria das vezes evitáveis⁹.

Logo, verifica-se que a baixa adesão ao *checklist*, possivelmente tem reflexo sobre a ocorrência de eventos adversos em cirurgia, tais como permanência hospitalar, risco de reinternação, necessidade de terapia intensiva, mortalidade, entre outros¹³.

Tabela 2. Grau de importância atribuído ao *checklist* de cirurgia segura. Bragança Paulista, 2018 (N=24).

GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO AO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	N	%
Muito importante	22	91,67
Medianamente importante	02*	08,33
Nada importante	00	00,00
TOTAL	24	100

*Apenas 2 profissionais atribuíram ao *checklist* grau de importância mediano, destacando, portanto, os motivos relacionados: falta de rotina 01 (50%); paciente não participativo / falta de informações quanto ao uso de antibióticos e risco de hipotermia 01 (50%).

Fonte: Próprio autor.

Quanto ao grau de importância atribuído ao *checklist* de cirurgia segura, 22 (91,67%) referiram ser muito importante e 2 (8,33%), medianamente importante.

Entre os motivos relacionados a resposta “medianamente importante” destacaram-se: falta de rotina 1 (50%); paciente não participativo / falta de informações 1 (50%).

A utilização do *checklist* é uma ação relevante e recomendada, sendo uma ferramenta que permite a

checagem de itens importantes, que por qualquer deslize, poderia ser esquecido pela equipe¹¹. Contribui, ainda, para que a cirurgia seja feita no local, lateralidade e paciente correto¹⁴.

Assim, o *checklist* é considerado um instrumento que coordena a assistência e une a equipe, reduzindo complicações no pós-operatório. Essa prática é incentivada para reduzir a dependência de memória e intuição, reduzindo os prováveis erros, melhorando, assim, as práticas em áreas de alto risco¹⁵.

Tabela 3. Percepção em relação às informações contidas no *checklist* de cirurgias seguras. Bragança Paulista, 2018 (N=24).

Percepção	Concordo				Não Concordo		Sem Opinião		Total	
	Plenamente		Parcialmente		nº	%	nº	%	nº	%
	nº	%	nº	%						
Falta de dados	7	29,17	9	37,50	8	33,33	0	0,00	24	100
Falta de clareza das informações	6	25,00	8	33,33	10	41,67	0	0,00	24	100
Falta de objetividade	5	20,83	7	29,17	12	50,00	0	0,00	24	100
Presença de informações desnecessárias	5	20,83	7	29,17	12	50,00	0	0,00	24	100

Fonte: próprio autor

Através da Tabela 3, pode-se perceber que a somatória de concordância plena e parcial, relacionadas a falta de dados e a falta de clareza das informações, contidas no *checklist* de cirurgias seguras, ultrapassaram 50%, enquanto que em relação a falta de objetividade e presença de informações desnecessárias houve uma divisão nas respostas, ou seja, a somatória entre concordância plena ou parcial atingiu 12 (50%) e 12 (50%) referiram não concordar.

Logo, este resultado aponta para a necessidade de se estabelecer um novo olhar para o instrumento implantado na instituição de estudo, permitindo que a equipe reflita sobre os pontos fortes e fracos do mesmo, visando melhorar o processo de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade da assistência.

O *checklist* precisa ter itens bem esclarecidos, de maneira que todos entendam, e ser realizados em todas as cirurgias, de modo que o paciente e todos da equipe participem, garantindo o sucesso do ato cirúrgico⁶.

Cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento. Logo, essas conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente¹⁶.

Assim, as questões do *checklist* devem ser objetivas e bem elaboradas para que não ocorram erros antes, durante e após a cirurgia.

Tabela 4. Distribuição da frequência com que as dificuldades relacionadas ao cumprimento do protocolo de segurança do paciente cirúrgico ocorrem. Bragança Paulista, 2018 (N=24).

Dificuldades	Sempre		Muitas vezes		Poucas vezes		Nunca		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comportamento da equipe (conversas paralelas, brincadeiras, etc)	7	29,17	13	54,17	4	16,67	0	0	0	0,00	24	100
Interrupções (chamadas telefônicas, etc)	2	8,33	6	25,00	15	62,50	1	4,17	0	0,00	24	100
Demora na Realização do <i>checklist</i>	3	12,50	16	66,67	0	0,00	3	12,50	2	8,33	24	100
Problemas de comunicação	2	8,33	7	29,17	11	45,83	4	16,67	0	0,00	24	100
Impontualidade para início da cirurgia; atraso de colegas	4	16,67	8	33,33	11	45,83	1	4,17	0	0,00	24	100
Aspectos da organização do trabalho e infraestrutura	5	20,83	6	25,00	11	45,83	2	8,33	0	0,00	24	100
Falta de liderança	4	16,67	9	37,50	7	29,17	4	16,67	0	0,00	24	100
Falta de comprometimento da equipe	3	12,50	11	45,83	7	29,17	3	12,50	0	0,00	24	100
Falta de treinamento da equipe	4	16,67	5	20,83	10	41,67	5	20,83	0	0,00	24	100

Fonte: próprio autor

Quanto as dificuldades relacionadas ao cumprimento do protocolo de segurança do paciente cirúrgico, pode-se observar que todas as dificuldades descritas na Tabela 4 ocorrem com alguma frequência, porém as de maior frequência foram: comportamento inadequado da equipe, no qual 13 (54,17%) referiram que ocorre muitas vezes e 7 (29,17%) sempre; a demora na realização do *checklist*, visto que 16 (66,67%) referiram que ocorre muitas vezes e 3 (12,50%) sempre; falta de comprometimento da equipe sendo que 11 (45,83%) referiram que ocorre muitas vezes e 3 (12,50%) sempre.

Sabemos que os eventos adversos são atribuídos aos erros humanos, porém, também devem-se considerar as condições de trabalho, a estrutura e a complexidade das atividades elaboradas¹⁷.

O uso do *checklist* envolve mudanças no processo de trabalho e no comportamento da equipe¹⁸. Verifica-se que apesar de se interessar pelo uso, alguns profissionais não estão preocupados com a mudança de seu comportamento para a realização do *checklist*, em contrapartida, quando há o trabalho coletivo, a equipe passa a se perceber mais do que meros

executores de tarefas, resgatando a dimensão afetiva do trabalho¹⁹.

Embora, os problemas de comunicação não tenham sido destacados, pelos profissionais, como um fator que ocorre com muita frequência, verifica-se que a capacidade de se comunicar de forma eficaz é um grande desafio, pois muitos não prestam atenção, acham que o *checklist* é desnecessário, sendo que ele é um instrumento que contribui para a segurança do paciente e dos próprios profissionais que participam do ato cirúrgico.

Logo, a segurança do paciente resulta do esforço e comprometimento diário de equipes multiprofissionais, instituições e serviços de atenção à saúde, públicos e privados, de processos e sistemas organizados, avaliados e aprimorados continuamente quanto à prevenção e redução de danos, do reforço contínuo para as boas práticas assistenciais recomendadas por agências nacionais e internacionais, da formação de profissionais da saúde e de uma política nacional de segurança no cuidado à saúde²⁰.

Tabela 5. Estratégias para melhorar a segurança do paciente cirúrgico. Bragança Paulista, 2018 (N=24).

ESTRATÉGIAS	N	%
Treinamento da equipe	05	20,83
Reformular o instrumento, visando complementar as informações	05	20,83
Comprometimento da equipe	04	16,68
Conhecimento da equipe	03	12,50
Melhor organização	02	08,33
Importância do instrumento	02	08,33
Unificar o <i>checklist</i> da enfermagem com o dos cirurgiões	02	08,33
Presença dos preceptores em sala	01	04,17
TOTAL	24	100

Fonte: Próprio autor.

A Tabela 5 demonstra as várias estratégias citadas pelos profissionais, visando a melhoria do *checklist*, porém as que mais se destacaram foram: necessidade de treinamento da equipe 5 (20,83%); reformular o instrumento, visando complementar as informações 5 (20,83%) e maior comprometimento da equipe 4 (16,68%).

Em uma pesquisa, a qual relatou a experiência da aplicação do *checklist* de cirurgia segura proposto pela Organização Mundial de Saúde, em 30 procedimentos anestésico-cirúrgicos realizados em um hospital escola do interior do Estado de São Paulo, foi observado que a maioria dos cirurgiões e residentes não conhecia o *checklist* proposto pela OMS, enquanto outros já o tinham como aplicativo em dispositivo móvel pessoal, porém, sem utilizá-lo, diferentemente da equipe de enfermagem, na qual poucos não conheciam o *checklist* de cirurgia segura²¹.

Em um estudo quantitativo, de campo, transversal, com delineamento descritivo, realizado no período de julho a setembro de 2016, com os membros da equipe cirúrgica, atuantes em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, que teve como objetivo verificar o conhecimento sobre o *checklist* de cirurgia segura pelos profissionais de saúde, verificou-se que quanto ao treinamento, a maioria da equipe de enfermagem possuía treinamento, sendo 75 (94,9%) técnicos de enfermagem e 11 (100%) enfermeiros. A equipe médica relatou não possuir treinamento: anestesistas (n=10; 62,5%), cirurgiões (n=28; 82,4%) e residentes (n=52; 83,9%)²².

Nesse contexto o treinamento é uma ferramenta importante para aquisição de mais conhecimento permitindo que o profissional de saúde possa

promover a qualidade dos cuidados realizados de forma segura e efetiva²³.

Assim, na construção da cultura de segurança, a formação acadêmica e a educação permanente dos profissionais da saúde são essenciais. A ciência da segurança implica conhecimento sobre trabalho em equipe, utilização de informações e da tecnologia da informação, aferição da qualidade e comunicação com pacientes sobre o erro, questões, estas, discutidas nos Núcleos de Segurança dos Pacientes²⁰.

Logo, verifica-se que é um grande desafio para toda a equipe multiprofissional a implantação do *checklist*, pois não depende de uma só pessoa, mas de todos os profissionais de saúde.

Portanto, não basta que as instituições imponham os protocolos, é preciso que os profissionais façam uso da ferramenta apresentada, o que se dá quando as equipes compreendem a importância, a necessidade, aceitam o processo e incorporam 'o novo' à prática diária. Realizar a checagem por meio do coordenador, com a participação do paciente e da equipe é essencial para o sucesso do procedimento²⁴.

Considerações Finais

A realização desta pesquisa evidenciou que embora os preceptores e residentes em anestesiologia reconheçam a importância do *checklist* de cirurgia segura, a maioria referiu adesão parcial a este instrumento.

Além disso, os resultados apontam para a necessidade de se estabelecer um novo olhar para o instrumento implantado na instituição de estudo, permitindo que a equipe reflita sobre os pontos fortes e fracos do mesmo, visando melhorar o processo de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade da

assistência, visto que a somatória de concordância plena e parcial, relacionadas a falta de dados e a falta de clareza das informações, contidas no *checklist* de cirurgias seguras, ultrapassaram 50%. As dificuldades, mais frequentes, relacionadas ao cumprimento do protocolo de segurança do paciente cirúrgico foram: comportamento da equipe, a demora na realização do *checklist*, e falta de comprometimento da equipe. Entre as estratégias, visando a melhoria do *checklist*, as que mais se destacaram foram: necessidade de treinamento da equipe; reformular o instrumento, visando complementar as informações e maior comprometimento da equipe.

Diante do exposto, verifica-se a importância da educação permanente para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e também da compreensão de que para favorecer esta cultura é necessário aprimorar a ideia de responsabilidade coletiva.

Referências

1. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):71-78.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Relatório da Autoavaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. 2017. Revisado. Brasília. 2018. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/459495/Relat%C3%B3rio+com+os+resultados+d+a+Autoavalia%C3%A7%C3%A3o+2017/8c243765-5190-46d2-a9ee-52f53cda2294>>. Acesso em: 25 mar 2018.
3. Bork AM. Metas internacionais sobre segurança do paciente. Nursing. 2007. Disponível em: <http://www.nursing.com.br/article.php?a=46>. Acesso em: 25 mar 2018.
4. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Aliança mundial para a segurança do paciente - Segundo desafio global para a segurança do paciente. Cirurgias seguras salvam vidas Brasília: OPAS. 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000483>>. Acesso em: 20 abr 2018.
5. Association of Perioperative Registered Nurses - AORN. Endorses the WHO Safe Surgery Saves Lives Initiative. 2009. Disponível em: <http://www.aorn.org/docs/assets/295E6F0F-1871-EBA3-884DD2EC8C52C3D3/WHO_Press_Release.pdf>. Acesso em: 25 mar 2018.
6. Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. Rev Eletr Enferm. 2011; 13(2):347-54.
7. Mota Filho GR, Silva LFN, Ferracini AM, Bahr G. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. Rev Bras Ortop. 2013; 48(6):554-562.
8. Martins GS, Carvalho R. Realização do timeout pela equipe cirúrgica: facilidades e dificuldades. Rev SOBECC. 2014; 19(1):18-25.
9. Garcia TF, Oliveira AC.; Índice autorreferido pela equipe de cirurgia ortopédica sobre o protocolo de checklist de cirurgia segura. Cogitare Enferm. 2018; (23):e52013.
10. Müller M. Increasing safety by implementing optimized structures of team communication and the mandatory use of checklists. Eur J Cardiothorac Surg. 2012; 41:988-92.
11. Ribeiro HCTC, Quites HFO, Bresdes AC, Souza KAS, Alves M. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. Cad Saúde Pública. 2017; 33(10):e00046216.
12. Elisas ACG, Schmidt CRD, Yonekura CSI, Dias AO, Ursi ES, Silva RPJ, et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. Rev. SOBECC. 2015; 20(3):128-133.
13. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgia urológica e ginecológica, em dois hospitais de ensino de Natal Rio Grande do Norte Brasil. Cad Saúde Pública. 2014; 30(1):137-148.
14. Amaya MR, Maziero ECS, Grittem L, Cruz EDA. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. Esc Anna Nery. 2015; 19(2):246-251.

15. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Cirurgia segura: validação de checklist pré e pós-operatório. Rev Latino Am Enferm. 2017; 25:e2907.
16. Ferraz EM. A cirurgia segura: uma exigência do século XXI. Rev Col Bras Cir. 2009;36 (4):281-2.
17. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos risco às práticas baseadas em evidências. Esc Anna Nery. 2014; 18(1):122-129.
18. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger P, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009; 360:491-9.
19. Braga EM, Berti HW, Risso ACMCR, Silva MJP. Relações interpessoais da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. Rev SOBECC. 2009; 14(1):22-9.
20. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - REBRAENSP. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Rede Bras Enferm Seg Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2013. 132.
21. Pancieri AP, Carvalho R, Braga EM. Aplicação do checklist para cirurgia segura: relato de experiência. Rev Rev. SOBECC. 2014; 19(1):26-33.
22. Silva EFM, Calil ASG, Araujo CS, Ruiz PBO, Jericó MC. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre checklist de cirurgia segura. Arq Ciênc Saúde. 2017; 24(3): 71-78.
23. Souza RCR, Soares E, Souza IAG, Oliveira JC, Salles RS, Cordeiro CEM. Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. Rev Rene. 2010;11(4):85-94.
24. Schalack WS, Boermeester MA. Patient Safety during anaesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. Curr Opin Anesthesiol. 2010; 23:754-8.